Beiträge zum Ganser'schen Symptomen-Komplex.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Sander,
Volontärarzt der Kgl. psych. Klinik München.

München 1905.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Beiträge zum Ganser'schen Symptomen-Komplex.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Sander,
Volontärarzt der Kgl. psych. Klinik München.

München 1905.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Hofrat Professor Dr. Kraepelin.

Seitdem Ganser im Jahre 1897 seine Beobachtungen über die eigentümlichen Dämmerzustände, die er zuerst bei Untersuchungsgefangenen beobachtete, veröffentlicht hat, ist man bemüht gewesen, in der psychiatrischen Literatur eine möglichst grosse Kasuistik derartiger Fälle zu sammeln, man hat Erklärungen und Deutungen dieses eigentümlichen Krankheitsbildes versucht und es haben sich Meinungsverschiedenheiten darüber erhoben, in welche der bekannten Krankheitsgruppen der Ganser'sche Symptomenkomplex, der besonders in forensischer Beziehung so grosse praktische Bedeutung hat, einzureihen ist.

Bevor ich versuchen will, zu diesen Fragen Stellung zu nehmen, möchte ich zuvor die Krankheitsgeschichten zweier Patienten mitteilen, die ich Gelegenheit hatte, an der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses München l. d. I. und in der Poliklinik der Kgl. psychiatr. Universitätsklinik München zu beobachten. Es handelt sich in dem einen Falle um ein im Kindesalter stehendes Individuum. Soweit ich aus der mir zugänglichen Literatur ersehen konnte, sind Fälle von Ganser'schem Dämmerzustand bei so jugendlichen Personen noch nicht zur Beobachtung gekommen. Der andere Fall betrifft einen Untersuchungsgefangenen und ist bemerkenswert durch die Art der Sinnestäuschungen und die verhältnismässig lange Dauer der Erkrankung. Die ausführliche Krankheitsgeschichte dieses zweiten Falles, den ich als Assistent der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses l. d. I.

beobachten konnte, verdanke ich der Freundlichkeit meines verehrten Chefs, Herrn Professors Dr. Gudden.

Fall I.

Franziska W., 17. Juli 1891 in München geboren, erscheint in Begleitung ihrer Eltern, den Schreinerseheleuten W., am 11. April 1905 in der poliklinischen Sprechstunde der Kgl. psych. Klinik München. Die von den Eltern erhobene Vorgeschichte ergibt folgendes: Erbliche Belastung liegt, soweit bekannt, nicht vor. Die Patientin ist die ältere von zwei Schwestern. Die Eltern, sowie die Schwester sind gesund. Patientin wurde nicht gestillt. Sie hatte vom ersten bis dritten Lebensjahre starke „Fraisen", die sich später verloren. Sie blieb in der körperlichen Entwicklung zurück, litt an Rhachitis und lernte erst mit drei Jahren laufen. Das Sprechen ging in der ersten Zeit schwer. Mit sieben Jahren hatte sie Keuchhusten und wurde wegen ihrer Schwächlichkeit auch erst mit sieben Jahren in die Schule aufgenommen. Mit dem Lernen ging es gut, Patientin kam regelmässig vorwärts und brachte immer als Gesamtzensur „gut". Sie war ein vergnügtes, gutwilliges Kind, mitunter zur Lüge geneigt. Die Menses sind noch nicht eingetreten. Seit längerer Zeit, besonders seit einem halben Jahr, klagt sie häufig über heftige Kopfschmerzen und Übelkeit. Sie musste des öfteren erbrechen und zwar besonders in der Schule, „wenn sie eine Aufregung hatte". Sie behauptete der Mutter gegenüber mehrmals, sie habe „Blutbrechen" gehabt, „wie eine rote Brühe habe es ausgeschaut". Die Mutter hat niemals etwas von Blutbrechen bemerkt und erklärt diese Angabe für unglaubwürdig. Anfang März 1905, während der Faschingstage, wurde Patientin auf der Strasse durch einen maskierten Mann, der plötzlich aus einem Hause herauskam und sie anrannte, heftig erschreckt. Seitdem

traten „Anfälle“ auf. Sie wurde zuerst wegen dieser Anfälle aus der Schule heimgebracht und musste deshalb später aus der Schule fortbleiben. Die Anfälle wiederholen sich täglich mehr oder weniger heftig. Mitunter wird sie nur für ganz kurze Zeit geistesabwesend und die Pupillen werden — wie die Eltern angeben — plötzlich ganz weit; häufiger aber treten die Anfälle in der Weise auf, dass Patientin sich auf die Seite legt, beschleunigt atmet, dann anfängt zu „zappeln“, ruft „der schwarze Kerl ist da“ oder heftig schreit. Nachts kamen keine Anfälle zur Beobachtung, doch ist der Schlaf unruhig. Öfters soll sie sich bei den Anfällen in die Zunge oder die Lippe gebissen, mitunter auch Enuresis gehabt haben. An diese Anfälle schliessen sich stundenlang dauernde Zustände, in denen sie ihre Umgebung nicht kennt, den Vater „Kaiser“ nennt, die Grossmutter die „Frau Kaiserin“ und die Mutter „das Dienstmadel“. Da diese Verwirrungszustände in den letzten Tagen kontinuierlich geworden sind, suchen die Eltern mit dem Kinde die Klinik auf.

Die körperliche Untersuchung ergibt ein für sein Alter nicht sehr entwickeltes Mädchen von blassem Aussehen und in reduziertem Ernährungszustande. Der Schädel ist rhachitisch, die Stirn steil. Der Unterkiefer überragt den Oberkiefer. Die Zähne sind klein, gerieft und auseinanderstehend, die Zunge zeigt keine Bisse oder Narben. Es besteht eine geringe Struma. Der Brustkorb ist verbogen: Kyphoskoliose nach rechts. Die Pupillen sind mittelweit; die Reaktion auf Lichteinfall ist vorhanden, desgleichen die Kniephänomene. Die Sensibilität der Haut ist herabgesetzt: Pinselstriche werden überall als nicht gefühlt angegeben, Nadelstiche als nicht schmerzhaft. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt ausser einer geringen Beschleunigung der Herzaktion nichts Abnormes.

Die Patientin hatte, während die Anamnese von den

Eltern erstattet wurde, ruhig, anscheinend ganz interesselos, dagesessen. Während der körperlichen Untersuchung nimmt das Gesicht plötzlich einen starren Ausdruck an, Patientin reagiert nicht auf Anruf, die Augen sind weit geöffnet und die Pupillen plötzlich ad maximum erweitert. Ehe die Reaktion der Pupillen geprüft werden konnte, hatte sich die Starrheit schon wieder gelöst; der ganze Anfall hatte nur wenige Sekunden gedauert. Patientin reagiert nunmehr auf Fragen und antwortet prompt. Sie spricht lispelnd in gemacht kindischem Tonfall. Ihren Namen gibt sie an: Lina Wind (sie heisst Fanny Wohlfahrt). Aufgefordert, ihren Namen und das Datum aufzuschreiben, schreibt sie mit kritzlichen, kaum leserlichen Buchstaben: „Lina Wind Montag, 8. I. 1959".

Wer ist das (Vater)?	Der Herr Kaiser, der im Lande regiert.
Wer ist das (Mutter)?	Das Dienstmadel vom Kaiser.
Wie viel Finger hast Du?	Zwölf.
Zähl' einmal Deine Finger?	(Sie zählt nun die einzelnen Finger ab): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12.
Taschenuhr?	Ei.
Das ist doch eine Uhr, wie sieht denn ein Ei aus?	Rund.
Und eine Uhr?	Oval.
Woraus ist der Stuhl?	Aus Stein.
Woraus das Wasserleitungsbecken?	Holz.

Am 15. IV. 05 erscheint Patientin mit ihrer Mutter wieder. Sie spricht und lacht mitunter in derselben kindischen Weise.

Datum?	15. Januar 1905.
Wie heisst Du?	Lina Wind.
Wie alt bist Du?	19½ Jahr.

Sie sei seit ein paar Jahren aus der Schule und habe sich zu Hause beschäftigt. Eine Stellung habe sie nicht annehmen können, da sie krank sei; es tue ihr alles weh. Die Eltern seien seit ein paar Jahren gestorben (die Mutter sitzt neben ihr). Aufgefordert, ihren Namen, sowie Geburtstag und Ort aufzuschreiben, schreibt sie diesmal mit deutlichen Buchstaben: „Lina Wind 17. Julie 1885 in Schwandorf.“ (Sie ist in München geboren; der 17. VII. als Geburtstag ist richtig; die Jahreszahl entspricht der vorher gemachten falschen Angabe, dass sie $19^1/_2$ Jahr alt sei.)

Ihre Tante und Firmpatin erscheint.

Wer ist das?	Firmpatin.
Wie heisst sie?	Fanny (richtig).
Woraus ist der Stuhl?	Stein.
Glasplatte?	Glas.
Seife?	Seife.
Steingutausguss?	Porzellan.
Uhr?	Uhr.
Wie spät ist es?	(Richtig abgelesen).
Zweimarkstück?	Taler.
Eine Mark?	Eine Mark.
10 Pfg.?	10 Pfg.
Schlüssel?	Schlüssel.
Sage das Vaterunser auf.	Vater unser . . . . . wie geht's denn weiter?
3×3?	10.
$10 - 2$?	6.
$1 + 1$?	3.
$3 - 1$?	1.

Auf Vorstellung von Mutter und Tante, dass das falsch sei, wiederholt sie nachdrücklich: „1“.

$3 + 2$?	6.
Wo wohnst Du?	Luisenstr. 39 (sie wohnt 46).

In welche Schule gehst Du? — Luisenschule.

Wie heisst Deine Lehrerin? — Voriges Jahr Frl. H., heuer Frl. N. (Sie gibt die Namen richtig an.)

Du hast doch vorhin gesagt, Du gehst nicht mehr in die Schule? — Ja, das war die letzten Jahre. Seit fünf Jahren gehe ich nicht mehr in die Schule, das war vor sechs Jahren.

Warum sagst Du dann heuer? — Das war vor sechs Jahren, seit fünf Jahren bin ich krank.

Wieviel Finger? — 12.

An jeder Hand? — 6.

Wieviel Ohren? — 2.

Augen? — 2.

Nasen? — 1.

Wieviel Einwohner hat München? — Eine halbe Million.

Wie viele Geschwister hast Du? — Mehrere . . . . . hier (zeigt auf die Tante).

Wie heisst die? — Fanny.

Wie weiter? — Hat keinen anderen Namen.

Wer ist das (Mutter)? — Dienstmadel.

Wie heisst sie? — Cenzi Meiler (Mädchenname der Mutter).

Wie sehen Erdbeeren aus? — Weiss.

Wie Kirschen? — Schwarz.

Wie gross ist eine Kirsche? — (Parientin zeigt die Form einer Orange.)

Was ist grösser, eine Kirsche oder eine Orange? — Kirsche.

Wie viele Kaiser gibt es? — Einen.

Wo ist der?	Zu Hause.
Wo gibt es Könige?	In Wien, da ist ein Kaiser, Kaiser Franz, in dem Gedicht von Andreas Hofer.
Wer war denn das?	Der war in Mantua gefangen und auf einer Insel Helgoland . . . Helena.
Welches ist Dein rechtes Bein und welches das linke?	(Falsch angegeben.)
Hast Du heute schon Mittag gegessen?	Ja.
Welche Tageszeit jetzt? (½12 Uhr.)	Nachmittag 3 Uhr.

Es wird ihr die Uhr gezeigt; sie liest richtig ab: 5 Minuten nach ½12.

Wieviel Tage hat die Woche?	Sieben.
Aufzählen.	Dienstag, Montag, Freitag, Sonntag.
Das sind nicht sieben.	Dienstag, Montag, Mittwoch, Freitag, Sonntag.
Wieviel Monate gibt es?	12.
Wieviel Tage hat der Januar?	65.
Der April?	Gibt es nicht.
Zähle die Monate auf.	Januar, März, Mai, Juni.
Wann ist Weihnachten?	Am Sonntag in acht Tagen. (Diese Angabe stimmte für den Ostersonntag.)
In welchem Monat ist Weihnachten?	Mai.
Haben wir jetzt Sommer oder Winter?	Winter.
Nicht Frühjahr?	Nein.

Hast Du schon einen Schnurrbart oder bekommst Du keinen?	(Lachend): I bin kein Bua.

Patientin liest richtig, aber langsam, monoton, anscheinend ohne Verständnis. Sie referiert dann aus dem Gelesenen zusammenhanglose Bruchstücke, die anscheinend nur dem Klange nach haften geblieben sind.

Woraus ist Dein Schuh?	Aus Leder.
Dein Hut?	Aus Stroh.
Woher kommt das Stroh?	Aus München.
Woraus besteht der Pinsel?	Haare von unserem Kehrbesen und Stiel von einer Gans.

Auf Suggestiv-Fragen, z. B. ob sie nicht drei Beine habe, geht Patientin nicht ein (cf. auch oben die Frage nach dem Schnurrbart). Darüber, dass sie sich in einer ärztlichen Sprechstunde und Ärzten gegenüber befindet, ist sie orientiert. Patientin bekommt ein Roborans verordnet und wird mit elektrisch-faradischen Bädern behandelt.

18. IV. 05. Als Patientin heute vom Arzte mit dem Namen Lina Wind begrüsst wird, erklärt sie mit kindisch-erstauntem Lachen: „So habe ich nie geheissen.“ „Du hast das aber gesagt.“ „Das habe ich nie gesagt.“ Auf Vorhalt ihrer Schrift: „Das habe ich nicht geschrieben.“

Wie heisst Du?	Fanny . . . Fanny Wohl . . . Fanny Wohlfahrt.
Wie alt?	$13^3/_4$ Jahr.
Wer ist das (Mutter)?	Unser Dienstmädel.
Wie heisst es?	Creszenz Meiler.
Woraus ist der Stuhl?	Holz.
3 Mk.-Stück?	5 Mk.
10 Pfg.?	10 Pfg.

Was ist Dein Vater?	Habe ich denn einen Vater? Vater ist voriges Jahr gestorben.
Welcher Jahrgang jetzt?	1905.
2 × 2?	5.
2 + 1?	3.
2 + 2?	5.
3 + 2?	4.
Wochentage?	Montag, Dienstag, Mittwoch, Freitag, Donnerstag, Sonntag, Samstag.
Monate?	Januar, Febr., März, April, Mai, Juni, August, Juli, Sept., Nov., Dez., Okt.
Zähle von 1—10.	1 . . 3, 5, 4, 6, 7, 8, 10.
Ist nicht richtig.	Jawohl, das ist richtig.
Wo ist unser Kaiser?	In Berlin.
Du hast aber gesagt, zu Hause ist der Kaiser?	Da war er früher, jetzt ist er verreist.

Patientin schreibt auf Aufforderung mit schöner Schulschrift ihren Namen, Geburtstag und Geburtsort richtig auf. Nach Angabe der Mutter hat die Patientin immer noch Anfälle. Am 17. IV. stand sie plötzlich auf, die Pupillen wurden wieder weit. Dann rief sie: „Ich muss fort," sprach wirr von der Frau Kaiserin, „arbeitete herum". Als man sie festhalten wollte, schlug sie um sich. Nach ca. einer Viertelstunde trat wieder Ruhe ein.

26. IV. 05. Patientin erkennt heute ihre Mutter an. „Das Dienstmädel ist ja fortgekommen." „Wann denn?" „Ich weiss nicht." Namen, Alter, Geburtsort, Jahrgang, Datum, Wochentage, Monate gibt sie richtig an. Sie hat zehn Finger. Auf Vorhalt ihrer früheren Angaben lacht sie

ungläubig. Sie rechnet sehr schnell und sicher. 4 × 17? „68“. 68—23? „45“. Sie hat nach wie vor „Anfälle“.

29. IV. 05. Heute Morgen wollte Patientin nach Angabe der Mutter in der Unterhose mit einem Regenschirm davonlaufen. Sie sei schon angezogen, sie müsse fort. Gestern Abend hatte sie einen Anfall, der einige Minuten dauerte, „sie schaute starr und redete nichts“.

Patientin befasst in kindischer Weise die Gegenstände und Bücher auf dem Tisch, liest laut die Titel der Bücher und schwatzt immerfort halblaut; dabei steckt sie in gezierter Weise beim Reden die Zunge zwischen den Zähnen hervor, wodurch die Sprache etwas Lispelndes bekommt. Sie liest laut die Uhr ab, steht auf, sieht sich Verschiedenes im Zimmer an. Als der Arzt sie mit „Lina“ begrüsst, lacht sie. „Ich hab' mein Lebtag noch nicht Lina geheissen.“

Was ist Dein Vater?	Schreinergehilfe.
Nicht der Kaiser?	Das wäre gut, wenn ein Schreinergehilfe Kaiser wäre.

Ihre Mutter bezeichnet sie richtig.

Wo ist denn das Dienstmädel?	Wir haben keins gehabt.
Woraus ist der Tisch?	Aus Holz.
Bist Du krank?	Nein.
In welcher Klasse bist Du?	In der sechsten.
3 × 17?	51.
4 × 26?	104. (Die Antworten erfolgen sehr prompt.)
Wieviel Finger hast Du?	10.
Stimmt das?	(Lacht): Stimmt schon.

Sensibilitätsstörungen sind nicht mehr nachzuweisen.

3. V. 05. Ziemlich unverändert.

6. V. 05. Die Mutter erscheint heute allein und teilt sehr besorgt mit, es gehe ihrer Tochter plötzlich viel schlechter. Sie habe am 3. V. einen Anfall gehabt, konnte nach dem Anfall nicht mehr sprechen und hören. Nur zeitweise, für Viertelstunden, kehrt Sprache und Gehör wieder. Auch kann sie seitdem nicht mehr gehen. Wenn man sie hinstellt, sinkt sie zusammen. Sie sitzt meist im Bett und beschäftigt sich mit einer Stickerei. Nahrungsaufnahme gut.

Am 10. V. 05 nachmittags besuchte ich die Patientin in ihrer Wohnung. Sie hatte an den vorhergehenden Tagen und auch heute Vormittag wieder „Anfälle“ gehabt, die mit Pupillenerweiterung begannen, nicht zu Krämpfen führten, aber stundenlang anhaltendes Unvermögen zu sprechen, zu hören und zu gehen in der Folge hatten. Die sprachlichen Äusserungen der Patientin beschränkten sich auf ein Lallen. Sie erklärte heute zu Beginn des Anfalls ein in der Nähe ihres Bettes hängendes schwarzes Tuch für einen schwarzen Mann und verlangte, dass der Mann fortgehen solle.

Patientin sitzt bei meiner Ankunft mit einer Stickerei beschäftigt im Bett. Sie steht auf und begrüsst mich freundlich. Sie ist vergnügter Stimmung, schwatzt, lacht, beobachtet alles und macht Bemerkungen dazu in der kindischen Weise, wie bisher. Ihre Antworten sind sinngemäss und geordnet. Schlaf und Nahrungsaufnahme sehr gut. Keine Sensibilitätsstörung. Patientin klagt allerdings über Gefühllosigkeit und „Pitzeln“ in den Beinen, was sie auf das ihr sehr unangenehme elektrische Bad zurückführt. Ein absichtlich etwas kräftiger Nadelstich in die „gefühllosen“ Beine wird aber als sehr schmerzhaft empfunden. Nachdem ich die Patientin dadurch überzeugt hatte, dass die Gefühllosigkeit der Beine nicht mehr vorhanden sei, erklärte ich ihr eindringlich, dass damit nun auch die Lähmung der

Beine (die augenblicklich nicht bestand) beseitigt sei und nicht wieder auftreten werde.

12. V. 05. Patientin erscheint wieder mit der Mutter in der Sprechstunde. Gestern Nachmittag hatte sie nach einem Spaziergang auf der Strasse wieder einen Anfall von ca. 10 Minuten Dauer, wobei sie aber nicht zu Boden fiel. Patientin gibt sinngemässe Antworten. Sie bestreitet entschieden, sich jemals Lina Wind genannt zu haben, ein Dienstmädchen hätten sie nie gehabt. Ihre Furcht vor dem elektrischen Bade wird zur Suggestionstherapie benützt, indem man ihr sagt, sie würde kein Bad mehr bekommen, sobald sie keine Anfälle mehr habe.

16. V. 05. Unverändert. Seit 10. V. keine Lähmungen mehr, seit 11. V. keine Anfälle.

23. V. 05. Keine Anfälle. Mitunter Kopfschmerzen. Die Patientin zeigt in ihrer Psyche ausser einem kindischen, läppischen Wesen nichts Abnormes mehr. Schlaf ruhig, Nahrungsaufnahme sehr gut.

In den letzten Wochen hat sich das Befinden der Patientin insoferne noch weiter gebessert, als das Gezierte, Kindische in ihrer Art zu sprechen und sich zu benehmen, immer mehr zurückgetreten ist, wenn auch leichte Anklänge daran immer noch vorhanden sind. Anfälle sind nicht mehr aufgetreten, wenigstens von den Eltern nicht beobachtet worden. Patientin hat unlängst die Schlussprüfung in ihrer Klasse trotz der langen Schulversäumnis mit genügendem Erfolge mitgemacht. Sie ist munter, zutraulich, in keiner Weise gehemmt; ihre Intelligenz für ihr Alter und ihren Bildungsgang genügend. Die Schulkenntnisse, nach den Schulheften des letzten Jahres geprüft, weisen in den Details manche Lücken auf, sind aber in der Hauptsache befriedigend.

Wenn wir das Krankheitsbild noch einmal kurz zusammenfassen, so handelt es sich hier um ein 13jähriges, erblich nicht belastetes Mädchen, das in der körperlichen Entwicklung zurückblieb, spät laufen, schwer sprechen lernte, an „Fraisen“ und Rhachitis litt und nun eine Reihe von körperlichen Missbildungen, besonders des Schädels aufweist. Geistig entwickelte sich das Kind späterhin normal, kam in der Schule gut vorwärts. Mitunter fiel ein Hang zur Unwahrheit auf. Seit einiger Zeit litt die Patientin an heftigen Kopfschmerzen, zu denen sich später Erbrechen, das bei Aufregung eintrat, gesellte. Im Anschluss an einen heftigen Schreck anfangs März 1905 traten „Anfälle“ auf, die sich in verschiedener Weise äusserten und an Häufigkeit sehr schnell zunahmen. An diese Anfälle schlossen sich bald stundenlang andauernde Zustände von Verwirrtheit an, die dann in einen kontinuierlichen Dämmerzustand hinüberleiteten, in dem die Patientin sich einen falschen Namen beilegte, ihre gewohnte Umgebung verkannte und auf die einfachsten Fragen völlig unsinnige Antworten gab. In diesen unsinnigen Antworten fällt die von Ganser hervorgehobene scheinbare Absichtlichkeit auf, „mit welcher an der sich darbietenden richtigen Antwort vorbeigegangen und eine falsche gewählt wird“. Dazu bestehen Sinnestäuschungen ängstlicher Natur, wenn auch nur vorübergehend, und eine Sensibilitätsstörung. Dieser Zustand hält mit Schwankungen ungefähr 15 Tage an. Die Anfälle bestehen fort, haben zum Teil unsinnige Handlungen im Gefolge (sie will in Unterhosen und Regenschirm spazieren gehen), zum Teil führen sie zu Lähmungen der Beine, zum Verlust der Sprache und des Gehörs, wobei Patientin aber ganz vergnügt im Bette sitzt und stickt. Zugleich treten Paraesthesien (Pitzeln) auf. Diese, sowie die Lähmungen verschwinden nach Wachsuggestion, desgleichen dann auch die Anfälle. Für die un-

sinnigen Antworten, den falschen Namen etc. besteht völlige Amnesie. Zurück bleibt nur noch ein etwas läppisches Wesen, das aber nach Aussage der Mutter zu Hause oft gar nicht, jedenfalls viel weniger in Erscheinung tritt als dem Arzte gegenüber. Wir haben also bereits vor dem Auftreten der durch den Schreck ausgelösten schweren Erscheinungen Zeichen, die wir mit grösster Wahrscheinlichkeit für die Diagnose der Hysterie verwerten können: die Neigung zur Unwahrheit, das bei Aufregung eintretende Erbrechen und zum grössten Teil wohl auch die Kopfschmerzen. Dazu gesellen sich später Sensibilitätsstörungen, ein maniriert kindisches Wesen und ausgesprochen hysterische Lähmungserscheinungen. Der von diesen hysterischen Zeichen begleitete Dämmerzustand bietet mit den ängstlichen Sinnestäuschungen, dem Symptom der unsinnigen Antwort und dem Ausgang in Heilung mit zurückbleibender Amnesie völlig das Bild des Ganser'schen Symptomenkomplexes.

Die Anfälle sind mit Sicherheit zum grössten Teil gleichfalls als hysterisch anzusprechen; es ist aber sehr wahrscheinlich, dass wir neben den hysterischen oder auch kombiniert mit denselben epileptische Anfälle und Absencen vor uns haben. Leider ist nur einer dieser Anfälle zur ärztlichen Beobachtung gekommen. Dieser machte aber mit der plötzlichen, kurz vorübergehenden Pupillenerweiterung, der augenblicklichen Starrheit und Benommenheit (was von den Eltern für viele Anfälle angegeben wird) ganz den Eindruck eines epileptischen petit mal-Anfalles. Wenn wir dazu in Betracht ziehen, dass vom ersten bis dritten Lebensjahre „Fraisen“ bestanden haben, dass mehrmals Zungen- und Lippenbiss, auch Enuresis im Anfalle beobachtet worden ist, so glaube ich mich zu der Annahme berechtigt, dass im vorliegenden Falle neben der Hysterie auch noch eine Epilepsie besteht. Dass die Anfälle zugleich mit den

hysterischen Symptomen zur Zeit verschwunden sind, lässt sich wohl mit der ruhigen Lebensweise und dem unter dem Einflusse der roborierenden Mittel und kräftigeren Nahrungszufuhr gehobenen Allgemeinbefinden der Patientin erklären.

Fall II.

Am 7. III. 04 wurde der ledige Kanzleigehilfe Johann M., geboren am 8. V. 1880, aus der Untersuchungshaft in die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses I./I. überführt. M. befand sich in Untersuchung wegen mehrfachen Betrugs und Diebstahls. Er hatte die Betrügereien immer in der Weise verübt, dass er sich in verschiedenen Geschäften als herrschaftlicher Diener einführte, von seinem angeblichen Herrn eine Visitenkarte oder ein Schreiben mit der Bitte um eine Auswahlsendung vorzeigte und sich daraufhin Waren aushändigen liess, die er für sich behielt. Im Januar 1904 liess er sich im klinisch-medizinischen Institut im Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskranke wegen Gonorrhoe behandeln. Er entwendete bei dieser Gelegenheit dort ein Cystoskop, sowie andere Instrumente. Als er am 23. II. 04 diese Instrumente, die er von seinem verstorbenen Onkel, einem Stabsarzt, erhalten haben wollte, einem Tändler zum Kauf anbot, wurden Nachforschungen angestellt und M. wurde, als er am 25. II. wiederkam, um das Geld in Empfang zu nehmen, verhaftet. In der Vernehmung vom 26. II. gab M. die Betrügereien zu; wie er dazu gekommen sei, könne er selbst nicht sagen.

Die eingezogenen Erkundigungen ergaben folgende Vorgeschichte: Die Grosseltern mütterlicherseits sollen geistig nicht normal gewesen sein. Ein Grossonkel mütterlicherseits war wegen Geisteskrankheit in den 90er Jahren in der Kreisirrenanstalt Werneck. Ein anderer Grossonkel beging in Geistesstörung Suicid. Ein Vetter, gleichfalls mütter-

licherseits, ist periodisch geisteskrank. Patient ist das zweite von acht Geschwistern, entwickelte sich körperlich und geistig gut. Er wuchs sehr rasch. Nach Aussage des Hausarztes der Familie war M. als Kind von 5—6 Jahren einmal 5—6 Wochen schwer krank; der Arzt glaubte damals an einen encephalitischen Prozess. M. entwickelte sich aber nach der Krankheit weiter gut. Er machte dann als Kind noch Scharlach und Diphtheritis durch. Mit neun Jahren soll er einmal mit einer Hacke einen Schlag gegen den Hinterkopf erhalten haben. Zwischen dem 6. und 13. Lebensjahre soll er manchmal Zustände gehabt haben, in denen er einige Tage nicht ass und „ganz weg“ war. Er klagte dann über Kopfschmerzen. In der Schule lernte er gut, schwänzte aber öfters. Mit 17 Jahren ging er zum Militär, bekam ein sehr gutes Führungsattest und wandte sich dann dem Postdienst zu. Seit Oktober 1902 war er bei der Generaldirektion München als Kanzleigehilfe angestellt. Er hatte dort nach Aussage seiner Vorgesetzten in der letzten Zeit einen sehr angestrengten Dienst als Telephonist. Er wird von seinen Vorgesetzten als ein fleissiger, pünktlicher und solider Mann geschildert, der zu keiner Klage Anlass gab und keinerlei geistige Störung erkennen liess. Auch seinen Kollegen ist im Wesen des M. nie etwas Absonderliches aufgefallen. Seine Mietgeberin will bemerkt haben, dass M. seit August 1903 manchmal „etwas eigentümlich“ war. Er soll mitunter über Druck im Kopf geklagt haben. Einmal ging er in dem Hause, wo er wohnte, anstatt in den zweiten bis in den dritten Stock hinauf und wurde dabei erst von einer Nachbarin auf seinen Irrtum aufmerksam gemacht. Weihnachten 1903 war er in seiner Heimat auf dem Lande. Er verlobte sich dort. Es fiel damals auf, dass er zwei verschiedene Verlobungskarten verschickte; auf der einen hiess es: „Johann M., Ritter des Verdienstordens III. Klasse

Sr. Kgl. Hoheit von Württemberg.“ Er steckte sich damals in seiner Heimat auch ein Bändchen ins Knopfloch und gab dazu die Erklärung ab, er sei im Sommer 1902 vom Könige von Württemberg dekoriert worden. Da er hier in München von seinem „Verdienstorden“ nichts verlauten liess, macht er den Eindruck, dass er nur der ländlichen Bevölkerung seiner Heimat mit dieser angeblichen Auszeichnung imponieren wollte. Trotz der Verlobung finden wir M. im Januar 1904 im Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Behandlung wegen Gonorrhoe (bei welcher Gelegenheit er das Cystoskop entwendete). Nach Angabe des behandelnden Arztes zeigte M. damals ein bescheidenes, anständiges, unauffälliges Benehmen. Bei der späteren Haussuchung fanden sich Korrespondenzen, aus denen hervorging, dass M. nach seiner Verlobung hier mit noch drei Mädchen Verkehr unterhielt. Der ärztliche Bericht des Gefängnisarztes Herrn Dr. B. vom 7. III. 04 besagt: „. . . . . Nach Mitteilung seiner Zellengenossen war M. in den letzten Tagen auffallend ruhig und wortkarg, klagte über Kopfschmerz und äusserte Selbstvorwürfe darüber, dass er durch seine Tat Schande über seine Familie gebracht habe. Heute Nacht wurde er unruhig und belästigte seine Mitgefangenen. Bei Tage ging er unruhig in der Zelle auf und ab und hielt telephonische Gespräche, indem er unausgesetzt bald die Telephonzentrale, bald die Generaldirektion oder die Bahninspektion anrief, meldete, dass der Zug Nr. so- und soviel auf dem vierten Geleise einlaufe, sich darüber beschwerte, dass er keinen Anschluss bekäme, Arbeiter zur Reparatur requirierte u. s. w. Zuweilen lehnte er den Kopf an die Wand, um zu horchen. Er reagierte auf keinerlei Fragen und liess sich durch nichts aus seinen Selbstgesprächen herausreissen oder ablenken. Sein Gesicht war gerötet, seine Augen glänzend, der Blick geradeaus gerichtet. Er liess sich nur auf Sekunden dazu

bringen, sich niederzusetzen. Die Nahrung hat er verweigert, den Urin liess er in die Hose gehen. Zweimalige Verabreichung von Chloralhydrat und Bromkali erwiesen sich ohne Einfluss. Da dieser Zustand auch heute Nachmittag andauert, erscheint es angezeigt, den M. auf die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses I./I. zu bringen.“

M. ist ein übermittelgrosser Mann in mässigem Ernährungszustande. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten.

Bei der Aufnahme des M. auf die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses I./I. am Abend des 7. III. 04 zeigte derselbe ein gespanntes Verhalten, nahm von seiner Umgebung nicht die geringste Notiz, starrte mit weit aufgerissenen Augen ins Leere, sprach fortwährend mit lautem, bald ärgerlich, bald zuvorkommend, bald eilig klingendem Tone. Der Inhalt seiner Reden war ausschliesslich so, wie wenn er ein Umschaltetelephon bediente. Selbst auf eindringliches Fragen, Anrufen und Schütteln seines Körpers liess er sich nicht aus seinem Telephonieren herausbringen, machte den grössten Teil der Nacht so weiter, schlief nur kurz in den Morgenstunden.

Bei der Morgenvisite am 8. III. liegt er in der Isolierzelle auf der Matratze, hat den Kopf gegen die Wand gerichtet, telephoniert in derselben Weise wie am Abend zuvor: „Herr Oberinspektor da? Wer ist da? Herr Inspektor Schenk? Hier Generaldirektion. Generaldirektion ist hier. Augsburg da? Augsburg da? 9268 Zentralbahnhof, Zentralbahnhof da? 7516 da? Jetzt Schluss. Generaldirektion ist hier. Ja. Sie wollen Nr. 84? 3256 ist belegt, Sie müssen später rufen. 7818, Herr Regierungsrat! Herr Regierungsrat da? Jawohl, Schluss. Sprechen Sie noch? Sprechen Sie noch? Ja. Telephonmechaniker, Telephonmechaniker da? Ja, das Telephon ist kaput, machen Sie noch neue Telephone!

2847, Herr Assessor, Herr Assessor Blersch ist da. Sie wollen Nr. 30 Ostbahnhof? Ostbahnhof ist da. Rangierbahnhof? Jawohl, jetzt Schluss. Haben Sie Antwort? Haben Sie Antwort? Schluss, bitte, jawohl. Kann ich jetzt ausschalten? Zentrale da. Hier Generaldirektion. Dr. Hertl da? 114. Jetzt Schluss. Schluss bitte. Ja, haben Sie Antwort? Haben Sie Antwort? Zentrale. Ja, hier Generaldirektion. Sie läuten mir ja immer in die Ohren! Ich rufe schon fünfmal an, es wird niemand da sein. Schluss. Zentralbahnhof hier. Herr Oberinspektor hier? Herr Oberinspektor hier? Rangierbahnhof da. Ja, Sie haben einen Rapport jetzt. Herr Inspektor Zug jetzt da? Verstehen Sie mich? Ich kann Sie nicht verstehen, Sie müssen lauter reden. Sprechen Sie noch? Ist jemand da? Dann Schluss. Haben Sie Antwort von Nürnberg? Ja, dann muss eine Berührung da sein. Nürnberg. Sie müssen lauter reden! Herr Regierungsrat da? 2442 ist belegt. Herr Assessor! Herr Assessor, soll ich nochmal verbinden? Ja, da ist niemand da, ich läute schon eine halbe Stunde lang. 8432. 9514. Generaldirektion hier. Haben Sie Antwort? Ich läute Zentralbahnhof nochmal an. Jemand da? Hier Generaldirektion. Herr Oberinspektor Zug da? Das Telephon ist dann kaput. Ich läute nochmal an. Schluss bitte. Ja, Sie müssen Ihre Rufnummer sagen. Hier Generaldirektion. Jemand da, bitte? Rosenheim da? Rosenheim? Ja, ich verstehe Sie nicht, Sie müssen lauter reden. . . . .“

In dieser Weise spricht M. den ganzen Tag fort, ohne auch nur eine Minute lang zu unterbrechen. Das Essen muss ihm in den Mund gereicht werden, während er es nimmt, spricht er weiter. Erst am Abend verstummt M., schläft einige Stunden, setzt dann das Telephonieren fort.

Am Morgen des 9. III. schrickt M. beim Eintreten des Arztes zusammen, fragt, ob er jetzt zum Dienst müsse, ob

der Herr Oberinspektor da sei. Er telephoniert wieder, behauptet öfter als früher, das Telephon müsse kaput sein.

10. III. 04. M. befindet sich nun im Krankensaal, telephoniert nur noch selten, zeigt sich ausserordentlich ängstlich, zittert, wenn man ihn anspricht, am ganzen Leibe, schwitzt, sagt, er sei krank, fragt nach dem Oberinspektor, sagt, er habe bis gestern Mittag Dienst gehabt, ob er nun wieder Dienst machen solle, redet den Arzt als Inspektor an. Auf alle Fragen, wie er in das Krankenhaus komme, wo er vorher war, was für Betrügereien er begangen habe, antwortet er stets, er habe doch Dienst getan, das Telephon sei kaput, wann er wieder Dienst habe.

In den folgenden Tagen ist M. etwas zugänglicher, aber noch ebenso ängstlich wie früher. Nachts und auch am Tage telephoniert er zuweilen.

Am 12. III. 04 war ein Bettnachbar des M. gestorben. M. behauptet nun, er sei im Sterbehaus, nun komme er daran, man werde ihn gleich umbringen. In wiederholten Explorationen bleibt er immer dabei, dass er bis jetzt Dienst gemacht habe, will nichts davon wissen, dass er in Untersuchungshaft gewesen sei und was er getan hat. Einige Male sagt er, er sei auf einmal in einer Hütte gewesen und man habe ihn daraus fortgetragen. Auch nach Vorhalt aller Einzelheiten will er von nichts wissen, erklärt, das sei alles nicht war, er habe ja noch Dienst getan, müsse heute abends 8 Uhr ja Dienst tun, der Oberinspektor sei dagewesen, habe ihm das gesagt. Selbst nachdem ihm mehrmals die einzelnen Delikte vorgelesen worden, zeigt er sich ausserstande, zu wiederholen, was er gehört, antwortet aber auf die Frage, ob man darüber nicht schon oft mit ihm gesprochen, mit ja. Manchmal sagt er bei Vorhalt der einzelnen Fälle, ja Schuhe habe er sich gekauft, aber sie bezahlt, und ebenso ein Gewehr. Wann und wo er die Schuhe und das Gewehr ge-

kauft hat, vermag er nicht anzugeben. Die Frage, ob er Tripper gehabt, bejaht er, nennt den Namen eines Kassenarztes, zu dem er gegangen, will nichts von der Behandlung im Ambulatorium wissen.

Als laufendes Jahr gibt er 1894 oder 95 an. Als Monat den Februar. Vorgehaltene Geldstücke sucht er erst genau zu betrachten, bezeichnet sie trotzdem meist falsch, z. B. einen Taler als eine Mark, oder er sagt, wenn ihm die Wappenseite einer Münze vorgehalten wird, er könne ihren Wert nicht angeben, wenn er nicht die andere Seite sehe. Die Uhrzeit gibt er fast regelmässig falsch an, ebenso löst er kleinste Rechenexempel falsch. Über seinen bisherigen Lebenslauf, Alter und Geburtsjahr, Geburtsort, Vorname des Vaters gibt er erst nach sehr langem Besinnen, aber im allgemeinen richtige Auskunft. Auf die Frage, wie lange er im Krankenhaus sei, meint er, der Wärter habe ihm gesagt 14 Tage.

Weshalb sind Sie im Krankenhaus?	Weiss nicht.
Wie sind Sie hergekommen?	Weiss nicht, ich habe Dienst gemacht. Wie ich wieder habe Dienst machen wollen, war ich eingeschlossen in dem Zimmer, wo ich allein war (Isolierzelle).
Haben Sie sich etwas zu Schulden kommen lassen?	Ich weiss, wegen Beleidigung am Telephon. Es ist immer so in die Ohren geläutet worden, das hat Schmerzen gemacht und da habe ich dann geschimpft.
Seit wann sind Sie in München?	Seit Oktober 1894.

Die wiederholte Prüfung der Gefühlsempfindlichkeit der Haut ergibt wechselnde Störung. Bald halbseitige Hyperaesthesie, bald Hypaesthesie. Oft klagt M. über Schmerzen im Kopf, besonders in der Stirn. Patient hat niemals Kot unter sich gehen lassen, sondern immer selbständig das Klosett aufgesucht. Zweimal verunreinigte er in den ersten Tagen sein Bett mit Urin, erklärte dann, man habe ihm verboten, sein Bett zu verlassen. Das Essen musste ihm in den ersten Tagen mit dem Löffel eingegeben werden, worauf er es bereitwillig nahm. Später ass er selbständig und sauber.

In den Morgenstunden wird M. meist schlafend angetroffen. Sobald man — gleichgültig, ob Arzt, Wärter oder Krankenschwester — an sein Bett tritt, ihn anspricht, schreckt er mit einem Aufschrei auf, zittert in der heftigsten Weise, bringt nur stammelnde Worte hervor, fasst sich nur langsam, kommt dann mit der stereotypen Frage nach seinem Dienst, ob der Oberinspektor schon da war u. s. f. Mehrmals schreibt er an seinen Vater, bittet diesen, er solle ihm ein Gewehr schicken, damit er sich wehren könne; nachts werde er immer von zweien angepackt. Gedrucktes und Geschriebenes, auch das von ihm selbst Geschriebene, liest er stockend mit Auslassung von Worten und Silben vor.

Der geschilderte Zustand hielt während des März und April unverändert an. Seit anfangs Mai ist M. etwas freier, bezeichnet und erkennt Gegenstände rascher, zeigt dagegen noch andauernd grosse Ängstlichkeit, spricht immer davon, dass er im Sterbehaus sei. Er behauptet, schon fünf Monate da zu sein. Ende April schrieb er folgenden Brief an seine Angehörigen: „Ich hätte Euch so gern noch einmal gesehen. Ich liege aber im Sterbehause und muss nun auch bald sterben. Ich bete sehr viel im Buche des lieben Gottes. Alle Tage bitte ich Gott, er möge mich erlösen von meiner Krankheit. Der Mann neben mir ist schon fort. Ich bin

schon nahe am Friedhof und Gott hat mich schon angerufen. Ich folge gern, weil ich doch nicht mehr zu Euch kommen kann. Der Herr Inspektor hat mich angerufen, ich habe viel Dienst gemacht. Ich habe mich immer sehr aufgeregt und habe geschimpft. Das Telephon ist schlecht, ich kann es auch nimmer machen. Ich kann nichts dafür. Ich liege neben dem Gottesacker und werde noch einmal gebadet, wenn ich sterbe. Ich sterbe gern, weil ich nimmer gesund bin. Der Herr Professor ist sehr gut. Schlafen kann ich nicht mehr, weil ich immer so viele Arbeit habe. Ich habe jetzt schon lange keinen Dienst mehr gehabt. Nach Dir, lieber Gott, verlanget mich, nehm' mich auf. Jetzt muss ich aufhören, weil mir der Kopf wieder weh tut. Ich muss Euch noch viel sagen. Mein liebes Gretchen soll nicht weinen; ich denke sehr oft an Euch und muss viel weinen. Der Franz Geier hat mir viel Geld genommen, ich habe ihn nicht gewollt, aber im Mathäser ist er immer gekommen und ich habe ihm immer zahlen müssen. Einmal habe ich ihm nichts geben können, er hat mich dann hingeworfen auf der Stiege; ich habe meinen Kopf aufgeschlagen, dass er mir immer weh tut. Jetzt bete ich wieder in der Hl. Schrift. Da steht's auch drinnen, dass mich Gott zu sich nehmen will. Ich habe einen schweren Kampf gekämpft, ich habe den Lauf vollendet, ich habe Glauben gehalten, der Geier hat gesagt, er wolle für mich zahlen ich habe ihm viel Geld gegeben einmal 20 Mk., einmal 8 Mk. oft 1 Mk. und 2 Mk. schlafen kann ich nicht weil ich mich so fürchte. ich habe schon immer anrufen müssen und wurde die Verbindung nicht hergestellt. der Herr Inspektor war auch schon am Telephon. Wenn ich 9415 anrufe, bekomme ich immer noch keine Antwort. Ich denke oft an Euch und an den lieben Grosseltern. ich möchte Euch noch einmal sehen. Ihr wart so gut, ich bete auch oft für Euch und für Gretchen. Ich

muss sterben. Mir tut alles weh und schreiben weil ich nicht mehr schreiben kann. Wenn ich Euch nochmal gesehen hätte werde ich leichter sterben. Gott hat mir schon antelephoniert ich soll kommen. die Leitung 309 kann ich nicht mehr untersuchen; probierts ihr einmal, es muss Berührung da sein. die lieben Geschwister möchte ich noch einmal sehen. Ich bitte Gott, dass ich Euch alle noch einmal sehen kann. Ich muss jetzt ein wenig aufhören, ich sehe nimmer gut. Der Herr Inspektor hat mich angerufen, ich muss um ein Uhr zum Dienst kommen. Ja, und dann ist Schluss bitte. Ich bete jetzt wieder auch für Euch, weil Ihr so gut seid."

Die Erinnerung an die letzten Monate vor der Aufnahme scheint immer noch aufgehoben. Wenn M. von seinem „Dienst" spricht und man ihn auffordert, das Telephon doch zu zeigen, anzugeben, wie er ohne Apparat die Umschaltung vornehme, ohne nur einen Finger zu rühren, so sieht er sich höchstens erstaunt um, meint, das Telephon sei draussen oder es sei fortgenommen worden.

Der Schlaf des M. ist äusserst gering. Nachts schreckt er fortwährend auf oder liegt mit offenen Augen da, erst in den Morgenstunden schläft er kurze Zeit. Das Körpergewicht des M. hat sich von 83 auf 71 kg vermindert.

Am 30. V. 04 wurde M. aus dem Krankenhaus in häusliche Pflege entlassen. Bei seiner Verhandlung am 5. X. 04 machte M. den Eindruck eines geistig völlig normalen Menschen. Er wusste, dass er im Krankenhaus war, auch, dass er ängstlich war. Für die Einzelheiten seiner Erkrankung fehlt die Erinnerung vollkommen. Vor Gericht behauptete er auch, sich auf seine Delikte nicht mehr entsinnen zu können. M. wurde auf das Gutachten eines weiteren von der Verteidigung herangezogenen Psychiaters, der eine bereits zur Zeit der Delikte des M. bestehende

schwere hysterische Geistesstörung annahm, auf Grund des § 51 R.Str.G.B. freigesprochen.

Wir haben hier also einen erblich belasteten jungen Mann vor uns, der in der Kindheit einige nervöse Zufälle zeigte, mehrfach schwer erkrankte, sich geistig und körperlich aber normal entwickelte und sich bis zu seinem 24. Lebensjahr gut führte. Unter der abspannenden Einwirkung eines sehr anstrengenden Telephondienstes machen sich dann bei dem Manne einige Eigentümlichkeiten bemerkbar (Aussage der Mietgeberin), er klagt über Kopfdruck, schmückt sich in eitler Renommisterei auf einem Feiertagsurlaub in seiner Heimat mit einem angeblichen Ordensbändchen. Kurz darauf begeht M. eine Reihe gleichartiger, ganz geschickt ausgeführter Betrügereien und Diebstähle, die mit seiner bisherigen guten Führung zuerst nicht recht in Einklang zu bringen sind. Es lässt sich jedoch kein Anhalt dafür herausbringen, dass M. schon zur Zeit der Begehung seiner Delikte geisteskrank war. Er ist bis zuletzt ohne Anstand seinen dienstlichen Pflichten nachgekommen und fiel dabei seinen Vorgesetzten und Kollegen in keiner Weise auf. Dagegen scheint er im letzten Jahre, nach der Tripperaffektion und nach dem trotz Verlobung unterhaltenen Verkehr mit mehreren Mädchen zu schliessen, in ein leichtsinniges Fahrwasser geraten zu sein, was seine Betrügereien nicht mehr so fremdartig zu seiner Persönlichkeit dastehen lässt.

Am 25. II. wird M. verhaftet und gibt bei seiner Vernehmung die ihm zur Last gelegten Handlungen zu. Im Untersuchungsgefängnis ist er gedrückter Stimmung, macht sich selbst Vorwürfe, wird dann auffällig ruhig und wortkarg, bis am 6. III. eine akute geistige Erkrankung ausbricht, die die Überführung des M. in die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses notwendig macht. Die auffälligste

Erscheinung, die M. nach seiner Aufnahme darbietet, ist sein tagelang anhaltendes Telephonieren; er hat, was auch aus seinen sonstigen Angaben hervorgeht, die Vorstellung, sich im Dienste zu befinden. Die immer wiederkehrenden gleichlautenden Redewendungen, deren sich M. in diesem Zustande bedient, könnten den Eindruck von Stereotypien im Sinne einer Katatonie erwecken. Wenn wir aber bedenken, dass M. sich als Telephonbeamter benimmt, so wird es sofort verständlich, dass die immer wiederkehrenden Ausdrücke „Wer da? Bitte, sprechen Sie noch? Nummer so- und soviel. Ich läute nochmal an. Haben Sie Antwort? Schluss etc.“ naturgemäss aus seiner Wahnvorstellung resultieren und im Bilde dieser Wahnvorstellungen ganz sinngemäss sind. Tatsächlich bieten seine telephonischen Gespräche auch eine ganze Fülle von Abwechslungen, wie sie ihm eben im Dienste vorgekommen sein mögen. Er telephonierte mit den verschiedensten Leuten, vornehmlich mit den Beamten seines Ressorts, verbindet Gespräche nach auswärts, bei denen dann die Verständigung schlecht ist; dadurch kommt er auf eine Beschädigung der Leitung, ruft deshalb den Mechaniker an, etc. Diese deliranten Zustände sind durch lebhafte Gehörstäuschungen hervorgerufen. Dafür spricht der ängstlich gespannte Gesichtsausdruck des Patienten, wenn er mit weit aufgerissenen Augen im Bette sitzt, als wenn er angestrengt horche, dafür sprechen auch Äusserungen wie die, dass der Inspektor ihn telephonisch angerufen und ihm mitgeteilt habe, er müsse um 1 Uhr im Dienst sein. Durch einen äusseren Umstand, den Tod seines Bettnachbarn, hervorgerufen, tritt eine neue Wahnidee bei dem Patienten auf: er sei im Sterbehause, sein Tod schon beschlossene Sache, er komme nun bald daran und müsse sich mit einem Gewehr zu verteidigen suchen. Dadurch erfährt der Inhalt seiner Gehörstäuschungen in Kombination mit dem Gedanken des

Telephonierens eine Erweiterung: Gott habe ihn nun antelephoniert, er solle kommen. Gegenüber diesen Vorstellungen von Vernachlässigung im Dienst, Störungen der Telephonleitung, denen er nicht gewachsen ist, Todesdrohung verhält sich Patient nicht gleichgültig, sondern reagiert mit allen Zeichen der heftigsten Angst.

Mehrfach angestellte Prüfungen der Hautsensibilität ergeben wechselnde Störungen teils Hyperaesthesie, teils Hypaesthesie. Fragen nach seiner Persönlichkeit, seinem Vorleben, beantwortet Patient nur schwerfällig nach langem Besinnen, er ist über die Personen seiner Umgebung, Jahreszahl und Monat nicht orientiert, die einfachsten Gegenstände des täglichen Lebens, wie Geldstücke oder die Uhr, erkennt er nicht und gibt auf ganz kleine Rechenaufgaben verkehrte Antworten. Zu dieser Störung gehört meiner Ansicht nach auch der eigentümliche Umstand, dass der Patient die Telephonnummern des Zentralbahnhofs, der Generaldirektion etc., die ihm absolut geläufig sein müssen, bei seinem Telephonieren verdreht. Er bringt dabei meist nicht vollkommen falsche Nummern, sondern Nummern, in denen einige Ziffern richtig oder die Ziffern nur umgestellt sind. So telephoniert er an den Zentralbahnhof laut Stenogramm unter Nr. 7516 und 7818, während die Rufnummern, wie ich mich aus dem Telephonbuche überzeugt habe, 7517 und 7518 lauten. Die Generaldirektion ruft er einmal unter 9415 an, einmal unter 9514, anstatt 9451.

Dieser Zustand hielt während der Monate März und April unverändert an. Im Mai trat Besserung ein, die nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhause zur völligen Heilung mit einer zurückbleibenden Erinnerungslücke für die Zeit der Krankheit führte. Ob die von M. vor Gericht gemachte Angabe, dass er sich auf seine Delikte nicht mehr entsinnen könne, auf Wahrheit beruht,

muss dahingestellt bleiben. „Auch rückschreitende Erinnerungslücken, welche die Zeit vor dem Anfalle in mehr oder weniger weiter Ausdehnung mit umfassen, kommen vor“ (Kraepelin, Psychiatrie). Die Möglichkeit also, dass M. die Erinnerung für die Zeit seiner Delikte verloren hat, ist demnach vorhanden; doch lässt der Umstand, dass er als Angeklagter von seinen Straftaten nichts mehr wissen will, seine Angabe verdächtig erscheinen.

Wollte man zum Schluss noch die Frage aufwerfen, die in diesem Falle, wo es sich um einen Untersuchungsgefangenen handelt, wieder mehr in den Vordergrund tritt, wie bei dem Falle I, die Frage, ob das ganze Krankheitsbild mit dieser bizarren Unwissenheit nicht vielleicht simuliert sein könnte, so lässt sich mit Sicherheit nachweisen, dass eine Simulation ausgeschlossen ist. Abgesehen von der langen Dauer und Gleichmässigkeit der Erscheinungen geht das Vorhandensein einer tatsächlichen psychischen Erkrankung noch viel mehr aus der kontinuierlichen Gewichtsabnahme und der anhaltenden Schlaflosigkeit des M. hervor. Namentlich die letztere kann von einem gesunden Individuum auch bei der grössten Willensstärke nicht auf die Dauer durchgeführt werden.

Betrachten wir die beiden vorliegenden Krankheitsbilder zusammen, so fällt eine Verschiedenheit in den Krankheitserscheinungen auf, die auf den ersten Blick sehr erheblich zu sein scheint; das ist das — abgesehen von den Anfällen und den unsinnigen Antworten — völlig klare Bewusstsein und geordnete Verhalten im ersten Falle gegenüber der Unorientiertheit und ängstlichen Erregung im zweiten Falle. Ganser hat in seiner ersten Veröffentlichung schon drei Typen seines Dämmerzustandes aufgestellt: Der eine Kranke zeigte Benommenheit mit Erregung, der andere machte den Eindruck von völliger Hemmung, der dritte war bei klarem Bewusstsein. Während nun bei den Kranken der beiden

ersten Kategorien lebhafte Sinnestäuschungen bestanden, konnte Ganser bei dem dritten Kranken keine Sinnestäuschungen beobachten, erfuhr aber, dass der Patient in den ersten Tagen seiner Erkrankung, während er noch in Untersuchungshaft war, halluziniert hatte. Sinnestäuschungen sind also in allen Fällen vorhanden; das jeweilige Bild aber, das der Kranke darbietet, richtet sish nach der Beschaffenheit, der Intensität und der subjektiven Verarbeitung dieser Sinnestäuschung. So erklärt es sich, dass die Patientin Fall I, die nur vorübergehende Gesichtstäuschungen hat, ein ruhiges geordnetes Wesen zeigt, während der Kranke Fall II unter dem Einflusse heftiger, anhaltender Halluzinationen eine delirante Erregung darbietet. Im übrigen weisen beide Krankheitsbilder gemeinsame, für den Ganser'schen Dämmerzustand charakteristische Züge auf, mit denen ich den für die Prognose so sehr wichtigen Beweis dafür erbringen zu können glaube, dass der Ganser'sche Symptomenkomplex in das Bild der Hysterie und nicht in das der Katatonie gehört.

Nissl, der die Fälle von Ganser und Raecke ins Gebiet der Katatonie verweisen will, moniert mit Recht, dass mitunter auf den Verlauf und den Ausgang der Erkrankung zu wenig Rücksicht genommen wird. Für einen hysterischen Dämmerzustand haben wir ja 100%, für eine Katatonie nach Kraepelin höchstens 13% völliger Heilung zu erwarten. Es kann vor allen Dingen leicht zu Irrtümern führen, wenn die markanteste Erscheinung des Krankheitsbildes, die unsinnigen Antworten, aus dem Gesamtbilde herausgegriffen und als das Ganser'sche Symptom angesprochen wird. Es handelt sich bei der Ganser'schen Erkrankung nicht um ein Symptom, sondern um einen Symptomenkomplex. Wenn man aber bei dem betreffenden Kranken die einzelnen Erscheinungen dieses Symptomenkomplexes

nachweisen kann, dazu auch noch Verlauf und Ausgang in Betracht zieht, so wird sich zeigen lassen, dass die vorliegende Psychose nicht, wie Nissl meint, eine Katatonie ist, sondern das, als was Ganser sie bezeichnet hat: ein eigentümlicher hysterischer Dämmerzustand.

Freilich glaube ich, dass es zur Klärung des Krankheitsbildes nicht beitragen kann, wenn Fälle veröffentlicht werden, bei denen die Krankheitssymptome nicht scharf umgrenzt und gegen etwaige anderweitige Erscheinungen abgehoben werden. So beschreibt Lücke einen Fall, bei dem nur ein vorläufiger Ausgang angegeben werden kann, da der weitere Verlauf dem Verfasser nicht bekannt ist. Und dieser vorläufige Ausgang ist ein Stupor mit Negativismus. Lücke stellt dann die Diagnose: Katatonie auf hysterischer Basis mit dementsprechend ungünstiger Prognose. Später meint er, die hysterischen Stigmata seien der Katatonie neben zu ordnen. Entweder handelt es sich hier um eine Katatonie, bei der als Nebenerscheinung hysterische Stigmata aufgetreten sind oder um eine von Haus aus bestehende Hysterie, zu der sich später als ein eigenes und neues Krankheitsbild eine Katatonie gesellt hat.

Auch Raecke verbindet den Ganser'schen Symptomenkomplex mit nicht direkt dazu gehörigen psychischen Befunden, wenn er in einem Falle schreibt, dass „bei einem von Haus aus imbecillen Individuum unter der Einwirkung der Untersuchungshaft sich eine solche Steigerung des Schwachsinns herausbildete, dass sein Zustand fast an Dementia acuta erinnert". Ich glaube aber, dass es sich bei einem imbecillen Patienten, der unter den Symptomen des Ganser'schen Dämmerzustandes akut erkrankt, doch wohl nicht um eine Steigerung seines Schwachsinns handelt, sondern um das Auftreten eines eigenen Krankheitsbildes, bei dem man in

der Imbecillität wohl nur ein Zeichen für die pathologische Veranlagung des Individuums erblicken kann.

Das „Symptom der unsinnigen Antwort", das Nissl als ein vorwiegend katatonisches Symptom beansprucht, ist, glaube ich, trotz der mitunter grossen Ähnlichkeit doch etwas anderes als das „Vorbeireden" des katatonischen Negativismus. Unter einer grossen Zahl von Antworten, deren Unrichtigkeit so methodisch durchgeführt wird, dass man anfangs den Gedanken an eine Absichtlichkeit nur schwer unterdrücken kann (wie im Fall I), finden wir immer Antworten, die völlig richtig und sinngemäss sind. Machte man der Kranken im vorliegenden Falle Vorstellungen über die Unrichtigkeit ihrer Antworten, so wurde sie ärgerlich, dass man ihre Angaben für falsch hielt und beharrte nachdrücklich bei ihrer Aussage. Ganz anders z. B. der Kraepelin'sche Katatoniker, der die Anzahl dreier 10 Pfg.-Stücke zuerst als 6, auf einen Einwand als 2, dann als 4 und schliesslich als 25000 bezeichnete. Noch weniger Ähnlichkeit mit den negativistischen „Vorbeireden" hat es, wenn ein Kranker, wie im Falle II, sich mühsam abquält, die an ihn gestellten Fragen zu beantworten, wenn er nur nach langem Besinnen richtige Auskunft über seine Personalien und Familie geben kann oder wenn er einen Taler hin- und herdreht, ihn von allen Seiten betrachtet, um schliesslich das Geldstück für eine Mark zu erklären. Bei dem Ganser'schen Symptom wird ausserdem die Antwort insofern immer der Frage angepasst, als die Kranken auf die Frage eingehen und in ihrer Antwort den verlangten Gattungsbegriff richtig wahren; auf eine gestellte Rechenaufgabe erhält man als Antwort eine Zahl, die Frage nach einem Namen wird mit einem Namen beantwortet (wenn auch mit einem falschen), nach einem Geldstück mit einem Geldstück etc. Es werden aber nicht völlig beziehungslose Sätze vorgebracht.

Die Natur dieses eigentümlichen Phänomens der „unsinnigen Antwort“ ist noch nicht geklärt. Der von Raecke, Lücke und Kaiser ausgesprochenen Hypothese, dass es sich um eine Autosuggestion handle, kann ich mich nicht anschliessen. Kaiser meint: „In vielen Fällen genügen wohl schon die eigentümlich simplen Fragen des Arztes, um in dem Kranken die Vorstellung zu erwecken, dass er doch nicht imstande sei, diese Frage sinngemäss zu beantworten.“ Die eigentümlich simplen Fragen des Arztes sind doch aber nicht das Primäre, sondern der Arzt wird erst, wenn er durch den überraschenden Ausfall der gewöhnlichsten Kenntnisse aufmerksam geworden ist, immer einfachere und leichtere Fragen stellen. Auch müsste man, wenn schon allein die Fragestellung so suggestiv auf die Kranken wirkte, wohl noch eher imstande sein, ihnen die blödsinnigen Antworten direkt zu suggerieren. Das ist aber z. B. im vorliegenden Falle I nicht gelungen; obwohl die Kranke an der Angabe, dass sie zwölf Finger habe, zäh festhielt, wies sie doch lachend die Zumutung, drei Beine zu haben und einen Schnurrbart zu bekommen, zurück.

Zu den Symptomen des Ganser'schen Krankheitsbildes gehören regelmässig, wie bereits oben erwähnt, auch Halluzinationen und zwar scheint es sich immer um Halluzinationen ängstlicher Art zu handeln, die als eine der ersten Erscheinungen der Erkrankung auftreten, längere Zeit fortbestehen können und ihren Einfluss auf das Krankheitsbild in verschiedener Weise geltend machen können. Jedenfalls werden die Kranken von ihren Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen in lebhafter Weise beeinflusst und zeigen nicht die merkwürdige Gleichgültigkeit des Katatonikers.

Die Kranken des Ganser'schen Symptomenkomplexes sind ferner im allgemeinen reinlich, verunreinigen sich jedenfalls nie in der gröblichen Weise, wie die Katatoniker.

Wenn Kaiser bei der Beschreibung seines Falles erwähnt, dass er auf das Vorhandensein der sogenannten hysterischen Stigmata keinen besonderen differentialdiagnostischen Wert legt, so kann man ihm darin im allgemeinen wohl beistimmen. Auffallend ist es aber doch, dass gerade in dem Falle, den Kaiser sich genötigt sieht, wegen der Urteilsschwäche und gemütlichen Stumpfheit ins Gebiet der Dementia praecox zu verweisen, die hysterischen Stigmata fehlen, während ich dieselben (vornehmlich Sensibilitätsstörungen) bei allen Fällen, die als Ganser'scher Dämmerzustand beschrieben worden sind, verzeichnet gefunden habe und auch in den beiden vorliegenden Fällen nachweisen konnte. Ich glaube daher berechtigt zu sein, die hysterischen Stigmata als ein, wenn auch nicht ausschlaggebendes, so doch immerhin wichtiges Moment im Symptomenkomplexe des Ganser'schen Krankheitsbildes anzusehen.

Zu den typisch-hysterischen Zügen muss fernerhin die auch von Raecke erwähnte erhöhte Beeinflussbarkeit der Kranken gerechnet werden. Es handelt sich hier nicht um eine Beeinflussbarkeit, wie sie in der Katalepsie oder Befehlsautomatie der Katatonie zutage tritt, sondern darum, dass die Kranken den verschiedensten vom Arzte beabsichtigten oder zufälligen Einwirkungen von aussen her zugänglich sind. So sehen wir in den vorliegenden Fällen bei der ersten Patientin eine therapeutische Suggestion erfolgreich. Der zweite Kranke wird durch den Tod seines Bettnachbarn derart beeinflusst, dass er seine Wahnvorstellungen dadurch abändert resp. erweitert.

Für ein wichtiges Symptom des Ganser'schen Komplexes halte ich auch die Auslösung der Erkrankung durch ein psychisches Trauma, einen Shock. Ich habe diese auslösende Ursache in allen bisher publizierten Fällen verzeichnet gefunden, nur in dem von Binswanger beschriebenen Falle

findet sich eine vorausgegangene Shockwirkung nicht erwähnt. Diese psychische Entstehungsweise spricht auch für eine hysterische Natur des Leidens. Ich glaube aber nicht, dass ein rein psychisches Trauma imstande ist, bei einem völlig gesunden Individuum eine Psychose zur Entstehung zu bringen, sonst wäre wohl z. B. die traumatische Neurose noch weit mehr verbreitet. Kraepelin spricht daher auch bei der Schreckneurose von „bis dahin wenigstens anscheinend ganz gesunden Menschen". Es ist daher meines Erachtens nicht richtig, wenn Raecke, der ja auf dem Standpunkte steht, dass es sich bei dem Ganser'schen Symptomenkomplex um Hysterie handelt, davon spricht, dass die Hysterie im Gefängnis entstanden sei. „Die Hysterie ist ein angeborener, abnormer Seelenzustand" (Kraepelin) und auf dem Hintergrunde dieses abnormen Seelenzustandes sehen wir, hervorgerufen meist durch Gemütsbewegungen, bei dem einen oder anderen Patienten schwerere Krankheitszustände sich entwickeln und nach einiger Zeit wieder vergehen. Man hat auch bei den meisten Kranken des Ganserschen Symptomenkomplexes bereits vor der Erkrankung aufgetretene hysterische Züge oder wenigstens „Eigentümlichkeiten" nachweisen können. Wo dieser Nachweis nicht gelungen ist, müssen wir eine hysterische Veranlagung annehmen, die möglicherweise bisher nur noch nicht manifest geworden ist, nur latent vorhanden war, wenn ich mich so ausdrücken darf. Der angeborene abnorme Seelenzustand muss hier ebenso gut vorausgesetzt werden wie die „Disposition" des Internisten, ohne deren Vorhandensein Infektion und Erkrankung nicht zustande kommen kann.

Dass übrigens die Internierung in der Untersuchungshaft oder im Gefängnis geeignet ist, als psychisches Trauma, als auslösendes Moment für eine Psychose zu wirken, sehen wir sehr deutlich an dem nicht so seltenen Ausbruch eines

Delirium tremens in den ersten Tagen der Internierung, wobei nicht die plötzliche Abstinenz, die in Klinik oder Heilanstalt ohne Schaden durchgeführt werden kann, verantwortlich zu machen ist. Natürlich auch hier die Disposition vorausgesetzt: Ein Mensch, dessen „Organismus nicht mit Alkohol vergiftet“ ist, wird auch durch keinerlei Shockwirkung ein Delirium tremens bekommen.

In zweifelhaften Fällen, in denen die vorhandenen Symptome nicht zu einer Klärung der Diagnose ausreichen sollten, werden Verlauf und Ausgang der Erkrankung die weitere Aufklärung bringen. Es tritt keine Urteilsschwäche, keine Verblödung, keine gemütliche Stumpfheit ein und die Kranken genesen ohne Defekt mit einer mehr oder weniger umfangreichen Erinnerungslücke für die Zeit ihrer Erkrankung. Diese Erinnerungslücke könnte man schliesslich noch als einen Beweis dafür anführen, dass wir es überhaupt mit einem Dämmerzustand zu tun haben.

Es ist schon von Jolly darauf hingewiesen worden, dass sich die Erkrankung über Wochen und Monate hinziehen kann. Einen Beleg dafür liefert auch der hier angeführte zweite Fall.

Ich resumiere also: Der Ganser'sche Symptomenkomplex ist das, als was Ganser ihn bezeichnet hat: ein eigentümlicher, hysterischer Dämmerzustand. Dieser Dämmerzustand wird bei hysterisch veranlagten Persönlichkeiten durch ein psychisches Trauma ausgelöst. Die hervorragendsten Symptome des Krankheitsbildes sind Sinnestäuschungen — vornehmlich ängstlicher Natur —, hysterische Stigmata — besonders Sensibilitätsstörungen —, erhöhte Beeinflussbarkeit und das sogenannte Symptom der unsinnigen Antwort. Die Prognose für den einzelnen Dämmerzustand ist absolut günstig: es tritt Heilung ohne Defekt mit zurückbleibender Amnesie ein. Recidive desselben Krankheitsbildes oder das

Auftreten schwerer anderweitiger hysterischer Störungen sind nach der Natur der Krankheit nicht ausgeschlossen. Von therapeutischen Massnahmen kommen in Betracht: Abhaltung weiterer Schädlichkeiten, möglichst kräftige Ernährung, eventuell Bettruhe oder auch Dauerbadbehandlung, sowie eine psychische Einwirkung auf den Kranken. Die Beurteilung des Krankheitsbildes in forensischen Fällen mit Rücksicht auf den § 51 R.Str.G.B. kann nur von Fall zu Fall entschieden werden.

Zum Schluss möchte ich nicht verfehlen, Herrn Professor Dr. Gudden für die Anregung zu vorstehenden Ausführungen meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Binswanger, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, III.
2. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. 1900.
3. Ebstein & Schwalbe, Handbuch. 1900.
4. Ganser, Archiv für Psychiatrie, XXX.
5. Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 1901.
6. Kaiser, Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, LVIII.
7. Kraepelin, Psychiatrie. 1904.
8. Lücke, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, LX.
9. Nissl, Zentralblatt für Psychiatrie, Nr. 144.
10. Raecke, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, LVIII, 115.
11. Raecke, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, LVIII, 413.
12. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1900.

Lebenslauf.

Karl Albert Sander wurde am 17. Juli 1876 zu Guben, Provinz Brandenburg, als Sohn des Rechtsanwalts und Notars, späteren Justizrats Sander geboren. Er besuchte nach der Übersiedlung seiner Eltern nach Berlin vom 9. bis zum 14. Lebensjahre das Friedrich Werder'sche Gymnasium zu Berlin, kam dann nach dem schnell aufeinanderfolgenden Ableben seiner Eltern 1889 nach Breslau in die Obhut seines Onkels und Vormundes. Er besuchte in Breslau zuerst das Magdalenengymnasium, später das Kgl. Friedrichsgymnasium und bestand an dieser Anstalt Oktober 1897 die Reife-Prüfung. Er widmete sich dann dem Studium der Medizin an den Universitäten Breslau, Berlin, Würzburg und München. In München beendete er im Juni 1903 die ärztliche Approbationsprüfung. Am 1. August 1903 trat er als Volontärarzt in die von Herrn Dr. Gudden geleitete psychiatrische Abteilung des Krankenhauses l. d. I. ein und war vom 1. Januar 1904 ab daselbst als Assistenzarzt angestellt bis zur Auflösung der Abteilung im November 1904. Seitdem ist er als Volontärarzt an der unter Leitung des Herrn Hofrats Professor Dr. Kraepelin stehenden Kgl. psychiatrischen Klinik München beschäftigt.